UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
des Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1974 – Thèse n° 261

Contribution à l'étude du traitement chirurgical des cancers bronchiques

(A propos de 305 cas)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le jeudi 26 septembre 1974

par Jacques GUILLOTREAU

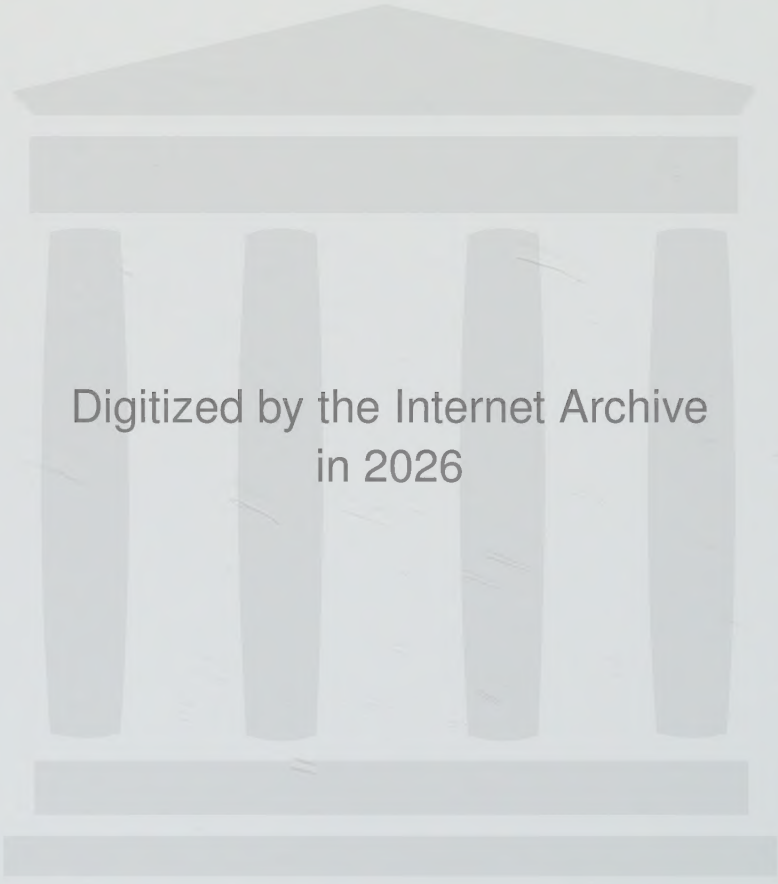
Elève de l'Ecole du Service de Santé des Armées - Bordeaux

né le 29 janvier 1948 à Toulon (Var)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. R. TESSIER	Professeur	Président
M. P. LAUMONIER	Professeur	Juges
M. J. MEUNIER	Professeur	
M. L. COURAUD	Professeur	
M. G. COURTY	Agrégé	

Éditions Bergeret, 71, rue Leyteire – BORDEAUX
Tél. (56) 91.12.59


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547319_0019

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
des Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1974 – Thèse n° 261

Contribution à l'étude du traitement chirurgical des cancers bronchiques

(A propos de 305 cas)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le jeudi 26 septembre 1974

par Jacques GUILLOTREAU
Elève de l'Ecole du Service de Santé des Armées - Bordeaux
né le 29 janvier 1948 à Toulon (Var)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. R. TESSIER	Professeur	Président
M. P. LAUMONIER	Professeur	
M. J. MEUNIER	Professeur	Juges
M. L. COURAUD	Professeur	
M. G. COURTY	Agrégé	

Éditions Bergeret, 71, rue Leyteire – BORDEAUX
Tél. (56) 91.12.59

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MA FEMME ET A MON FILS Cyril

A MES PARENTS

A MA BELLE-MERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOS MAITRES

de la Faculté de Médecine

et des Hôpitaux de BORDEAUX

Aux Officiers

de l'Ecole du Service de Santé

des Armées de BORDEAUX

A Monsieur le Médecin Général
de 2ème Classe CURET

Spécialiste des Hôpitaux des Armées
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Croix de Guerre 1939 - 1945
Directeur de l'Ecole du Service de Santé
des Armées - Bordeaux

A Monsieur le Médecin en Chef
de lère Classe GAVARRINO

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre National du Mérite
Croix de la Valeur Militaire
Sous-Directeur de l'Ecole du Service de Santé
des Armées - Bordeaux

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur G. COURTY

Maître de Conférences agrégé de Pneumo-phtisiologie
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez inspiré ce sujet de thèse et malgré de nombreuses obligations vous nous avez guidé avec compétence, sincérité et constance.
Nous vous en remercions profondément.

Monsieur le Professeur L. COURAUD

Professeur sans Chaire de Chirurgie thoracique et Cardio-vasculaire
Chirurgien des Hôpitaux

Nous avons apprécié votre disponibilité permanente pour nous aider dans notre travail.
Nous vous prions d'accepter nos remerciements pour avoir bien voulu juger ce travail.

Monsieur le Professeur J. MEUNIER

Professeur Titulaire d'Histologie, Embryologie, Cytogénétique
Biologiste des Hôpitaux
Docteur ès Sciences
Chevalier des Palmes académiques
Visiting professor à l'Université de Birmingham

Lors de nos stages à Xavier-Arnozan vous avez toujours accepté de nous apporter votre concours.
Veuillez croire à notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur P. LAUMONIER

Professeur de Clinique chirurgicale pleuro-pulmonaire
Chirurgien des Hôpitaux, Chef de Service
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes académiques
Chevalier de la Santé publique
Médaille de Vermeil du Service de Santé de la Marine
Membre de l'Académie des Sciences et Belles Lettres

Vous nous faites l'honneur de siéger au jury de notre thèse. Soyez-en remercié.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur R. TESSIER

Professeur sans Chaire de Pneumo-phtisiologie
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
Chevalier de l'Ordre national du Mérite
Croix de Guerre 1939 - 1945
Chevalier des Palmes académiques

Vous nous avez toujours montré
le vrai visage de la médecine.
Nous avons pu à maintes reprises
apprécier votre humanité et votre
bienveillance à l'égard des malades.
Soyez assuré de notre sincère dévoue-
ment et de notre profond respect.
Vous nous faites le grand honneur de
présider notre thèse. Recevez le
témoignage de notre gratitude.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CANCERS BRONCHIQUES

(A propos de 305 cas)

P L A N

INTRODUCTION

CHAPITRE I - LES OBSERVATIONS ET LA REPARTITION DES MALADES

. *LES OBSERVATIONS*

. *LA REPARTITION DES MALADES*

A) *Répartition selon les années*

B) *Répartition selon le sexe*

C) *Répartition selon l'âge*

D) *Répartition selon le mode de découverte*

E) *Répartition selon la localisation du cancer*

F) *Répartition selon les types tumoraux*

G) *Répartition selon les interventions*

H) *Répartition selon le traitement*

I) *Répartition selon l'envahissement ganglionnaire.*

CHAPITRE II - ETUDE DE LA SURVIE

A) *La survie moyenne*

B) *La courbe globale de survie*

C) Les courbes de survie en fonction des différents facteurs (âge, type histologique, mode de découverte, localisation, intervention, traitement associé, envahissement ganglionnaire).

D) Les survivants (sexe, âge, type histologique, intervention, traitement associé...).

E) Les cas particuliers.

CHAPITRE III - LES CAUSES DE LETHALITE

CHAPITRE IV - Tableau résumant les résultats obtenus par d'autres auteurs.

CONCLUSION.

I N T R O D U C T I O N

Depuis quelques années, on note une recrudescence du cancer broncho-pulmonaire qui demeure une affection redoutable pour laquelle le choix thérapeutique reste souvent difficile à déterminer.

Le médecin dispose en fait de trois traitements :

- la chimiothérapie
- la radiothérapie
- l'exérèse chirurgicale.

Le traitement chirurgical fut envisagé dès 1930 par les Anglo-Saxons. LECOEUR signale cette orientation nouvelle dans sa thèse en 1942.

Actuellement, la chirurgie apparait comme la meilleure thérapeutique, la seule qui permette une survie à long terme.

Nous avons retenu dans notre travail, les cancers bronchiques primitifs selon les critères anatomo-pathologiques que nous avons rappelés. Nous avons exclus les cancers broncho-pulmonaires secondaires et les cancers de la plèvre.

Ainsi, nous avons rassemblé 305 dossiers de malades hospitalisés dans le service de Chirurgie Thoracique de l'Hôpital XAVIER-ARNOZAN, pour néoplasie bronchique primitive durant les années 1961 à 1970 et traités chirurgicalement.

Avant d'aborder l'étude du destin de nos malades, nous avons envisagé leur répartition selon les années, l'âge, le sexe, le mode de découverte, la localisation, le type tumoral, l'intervention avec éventuellement les différents traitements associés.

CHAPITRE I

LES OBSERVATIONS.

Nous avons recueilli les dossiers de malades atteints de néoplasie pulmonaire primitive et opérés à l'Hôpital XAVIER-ARNOZAN dans le service de Chirurgie Thoracique des Pr. LAUMONIER et COURAUD entre le 1er janvier 1961 et le 31 décembre 1970.

Notre étude sur les résultats du traitement chirurgical porte donc sur 305 dossiers.

Au cours de l'examen de chaque dossier, nous avons relevé les éléments suivants :

1) L'état civil du malade, il est indispensable pour connaître l'avenir de nos opérés.

2) La fiche clinique dans laquelle nous avons noté :

- le mode de découverte (systématique ou symptomatique)

- le contexte radiologique par l'examen des radiographies standards, des tomographies simples et des tomographies de FRAIN. Il nous permet de juger de la localisation du cancer et d'une éventuelle extension ganglionnaire.

- les examens complémentaires parfois demandés (Scintigraphie pulmonaire, Bronchographie lipiodolée, Cathétérisme de l'artère pulmonaire...).

3) L'examen bronchoscopique avec les résultats des examens cytologiques et histologiques pratiqués.

4) La nature de l'intervention chirurgicale et sa date, sachant que pour tous les malades le temps zéro est situé le jour de cette intervention

5) Le compte-rendu de l'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse

6) Dans un dernier paragraphe, nous avons mentionné les éventuels traitements associés, ainsi que les incidents survenus au cours de cette survie.

Il n'a pas été possible de retrouver tous nos malades, douze d'entre eux ont en effet échappé à notre enquête.

D'autre part pour 57 des sujets opérés entre le 1er juillet 1969 et le 31 décembre 1970, nous n'aurons pas un recul suffisant pour apprécier leur évolution à 5 ans.

Nous avons donc étudié d'une part la survie à trois ans sur l'ensemble des sujets, d'autre part la survie à cinq ans sur un lot de malades parmi lesquels ces 57 sujets ne figureront pas.

Enfin nous avons eu la possibilité de comparer nos résultats avec ceux d'un travail effectué durant la même époque dans le service du Pr. TESSIER de l'Hôpital XAVIER-ARNOZAN et portant sur 171 sujets atteints de néoplasie primitive et traités uniquement médicalement.

Au cours des différentes études statistiques que nous avons réalisées, nous avons utilisé certains tests, tels que :

- Le Test χ^2 de PEARSON, qui nous a permit de comparer plusieurs distributions, observées entre elles. Pour que ce test soit valable, il est nécessaire que les effectifs théoriques dépassent 10. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, on peut procéder à des regroupements logiques de certaines classes du ou des caractères étudiés.

- Le Test U de MAN et WHITNEY, qui est un test non paramétrique et un test de rang ; en effet on range les diverses valeurs par ordre croissant et c'est le rang que l'on teste. C'est un test qui tient compte du plus grand nombre d'informations possibles sur l'échantillon. Ce test s'applique à toutes les variétés de population et il est le plus approprié à notre étude ; les malades proviennent en effet de milieux sociaux différents, ont un passé pathologique variable, des habitudes alimentaires et tabagiques particulières, enfin n'ont pas subi les mêmes exérèse selon les cas.

LA REPARTITION DES MALADES

A) REPARTITION SELON LES ANNEES.

Pour chaque année, nous avons dénombré les épithéliomas bronchiques opérés et nous avons calculé leur pourcentage par rapport au nombre global des malades opérés, soit 305 malades.

Ce qui donne :

1961 : 17 cas, soit 5,5 % des malades opérés.
1962 : 18 cas, soit 5,9 % des malades opérés
1963 : 19 cas, soit 6,2 % des malades opérés
1964 : 25 cas, soit 8,1 % des malades opérés
1965 : 38 cas, soit 12,4 % des malades opérés
1966 : 38 cas, soit 12,4 % des malades opérés
1967 : 29 cas, soit 9,5 % des malades opérés
1968 : 38 cas, soit 12,4 % des malades opérés
1969 : 46 cas, soit 15,1 % des malades opérés
1970 : 37 cas, soit 12,1 % des malades opérés

On remarque ainsi, que le nombre de sujets opérés est plus important à compter de 1965.

TABLEAU N° I

REPARTITION DES MALADES SELON LE SEXE

ANNEES	FEMMES	HOMMES
1961	0	17
1962	2	16
1963	0	19
1964	3	22
1965	0	38
1966	0	38
1967	1	28
1968	1	37
1969	2	44
1970	3	34
TOTAL	12	293

B) REPARTITION SELON LE SEXE.

Les 305 observations de notre travail se répartissent de 1961 à 1970, en 293 hommes pour 12 femmes. (Tableau n° I). On note donc la nette prédominance masculine du cancer broncho-pulmonaire observée par l'ensemble des auteurs (96,1 % d'hommes pour 3,9 % de femmes).

C) REPARTITION SELON L'AGE.

L'épithélioma bronchique atteint des couches d'âge très variées, s'étendant de 32 à 74 ans dans notre thèse.

L'histogramme des cancers bronchiques opérés (Fig. N° 2), confirme que la plus grande fréquence des cancers broncho-pulmonaires primitifs se situe entre 55 et 65 ans (46,2 % des sujets).

Le cancer broncho-pulmonaire opéré est rare avant 40 ans et après 70 ans.

Nous avons déterminé l'âge moyen global, puis nous avons effectué une classification par tranches d'âge.

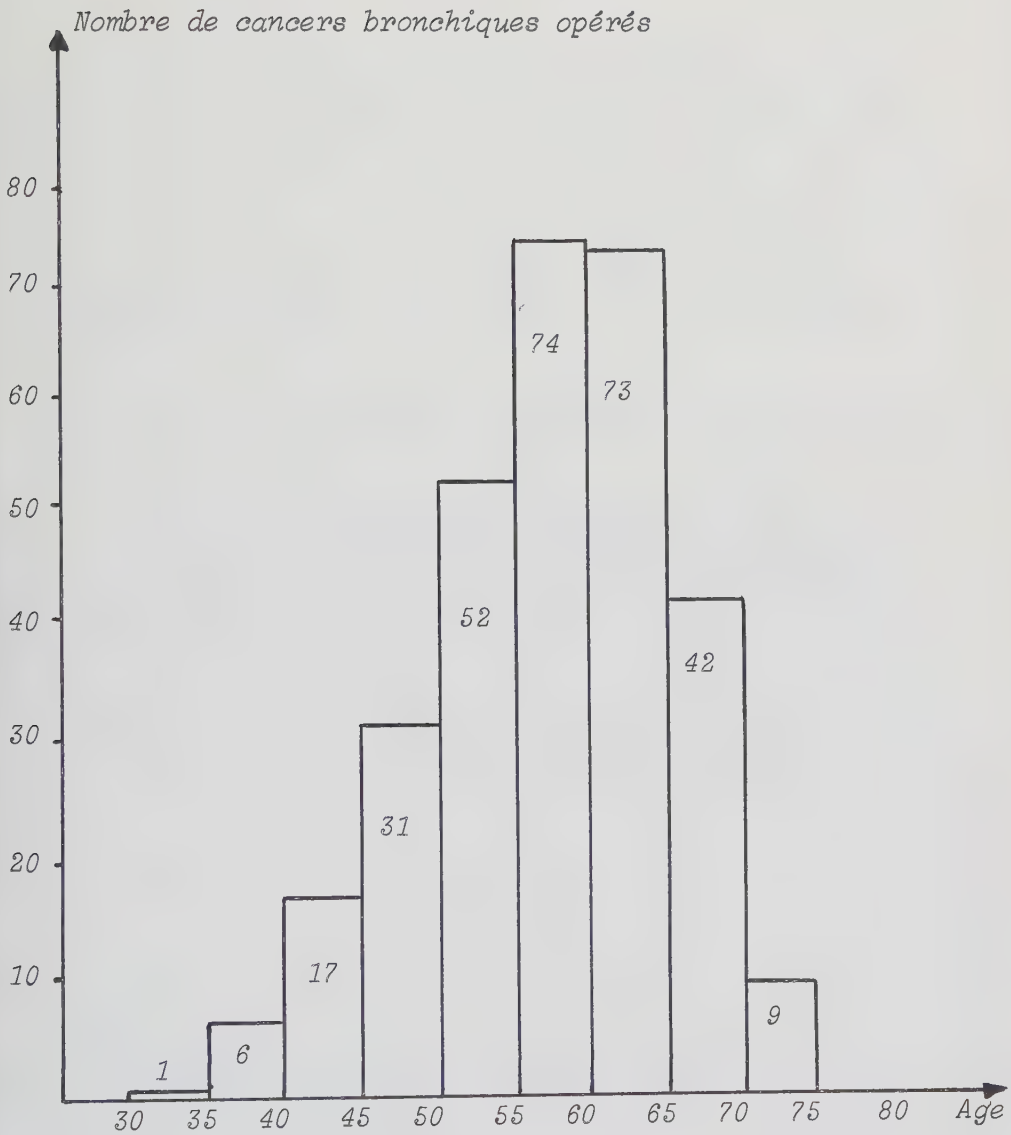
L'âge moyen global concernant le lot entier des malades est de 57, 2 ans, avec des âges extrêmes de 32 et 74 ans.

L'étude par tranches d'âge montre :

- Avant 40 ans : 7 cas, soit 2,2 % des malades
- De 40 à 49 ans : 48 cas, soit 15,4 % des malades
- De 50 à 59 ans : 125 cas, soit 41,4 % des malades
- De 60 à 69 ans : 116 cas, soit 37,7 % des malades
- A partir de 70 ans : 9 cas, soit 2,9 % des malades.

Nous avons fait une étude statistique dont le but est de comparer l'âge des cancers opérés avec celui des cancers traités médicalement.

Figure n° 2



HISTOGRAMME DES CANCERS BRONCHIQUES OPERES

Nous avons pour cela utilisé la population des épithéliomas différenciés, celle des épithéliomas non différenciés et celle des épithéliomas glandulaires. Nous avons écarté les cancers anaplasiques, leur nombre étant trop petit et risquant de fausser nos calculs. D'autre part, nous avons pris un lot de malades atteints de cancer pulmonaire primitif, traités médicalement uniquement et pendant la même période allant de 1960 à 1970. Dans ce lot ne figure aucun cancer anaplasique. Ce lot est constitué de 171 sujets.

Nous avons ensuite testé ces différentes populations par le Test U de MAN et WHITNEY.

Ce test montre après comparaison des échantillons, qu'ils ne sont pas statistiquement différents deux à deux. Au risque 5 %, on peut dire qu'ils font partie de la même population. Les principaux résultats de test sont résumés dans le tableau n° 3.

En conclusion, il n'existe aucune différence d'âge entre les sujets porteurs d'un cancer pulmonaire primitif et opérés et ceux traités uniquement médicalement.

TABLEAU N° 3

AGE MOYEN DES ECHANTILLONS

Echantillons	*Effectif*	*Variance*	*Ecart type*	*Moyenne*
EOA Diff.	173	61,2	7,8	56,99
EOA peu diff.	94	68,7	8,3	56,98
EOA gland.	31	49	7	56,35
Echant. R*	171	83,2	9,1	63,01

* *L'échantillon R représente le lot des cancers non opérés.*

D) REPARTITION SELON LE MODE DE DECOUVERTE.

Les signes cliniques qui conduisent le sujet à consulter sont variés. Les signes révélateurs alors le plus fréquemment rencontrés sont :

- l'altération de l'état général
- les hémoptysies
- la toux rebelle
- l'épisode pulmonaire aigu à type de pneumopathie
- l'épanchement pleural...

Ceci constitue le dépistage que nous appelons dépistage symptomatique : 247 cas sur les 305 ont été découverts de cette façon, soit 81 % des cancers de notre travail.

Le dépistage peut se faire aussi au cours d'un examen systématique, soit dans le cadre de la médecine du travail, soit au cours d'une autre affection médicale. Seulement 58 cas ont été découverts de cette façon, soit à peine 19 % des sujets. Il est en outre important de noter que chez les malades dépistés de façon systématique, nous retrouvons souvent au cours de l'interrogatoire des signes fonctionnels négligés par le malade (toux, dyspnée...).

E) REPARTITION SELON LA LOCALISATION DU CANCER.

Elle peut être distinguée de façon schématique en localisation proximale ou périphérique.

Elle a été déterminée grâce à la confrontation des données radiologiques (radiographies standards, tomographies simples et tomographies de Frain), et des résultats de l'examen endobronchique.

Nous avons considéré comme périphérique les cancers qui, comme les données radiologiques le laissaient prévoir, ne présentaient pas de lésions endobronchiques visibles lors de la bronchoscopie.

Nous avons ainsi rassemblé :

- 236 cancers proximaux
- 56 cancers périphériques
- Dans 13 cas la localisation n'a pu être déterminée, les dossiers étant incomplets.

Il faut souligner cette faible proportion des cancers périphériques (18,3 %), par rapport aux cancers proximaux (77,3 %).

E) REPARTITION SELON LES TYPES TUMORAUX.

L'anatomie pathologique représente dans notre étude un élément capital. C'est sur elle que repose, en effet, le diagnostic du cancer broncho-pulmonaire.

La détermination de la forme histologique a été possible grâce à l'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse.

Le résultat de l'examen histologique de la biopsie bronchique ou du cyto-diagnostic après aspiration dirigée lors de la bronchoscopie a son importance lorsque l'examen de la pièce opératoire n'a pas été retrouvée.

Il est nécessaire avant d'aborder la répartition des cancers selon le type histologique de faire un rappel de la classification adoptée.

Les cancers bronchiques évoluent aux dépens de la zone épithéliale qui délimite la lumière des voies aérophores. Schématiquement on peut classer les cancers bronchiques, ainsi :

a) Les épithéliomas malpighiens : Ils apparaissent essentiellement sous deux aspects.

- *Les épithéliomas différenciés*, qui présentent des cellukes en voie de kératinisation ou complètement kératinisées.

- *Les épithéliomas peu ou pas différenciés*, sans kératinisation.

b) *Les épithéliomas anaplasiques* : ce sont des tumeurs très malignes, donnant des métastases très précoces. De ce fait, ils représentent une contre-indication formelle à la chirurgie, d'autant plus qu'ils sont sensibles à la radiothérapie et à la chimiothérapie. Dans cette catégorie des épithéliomas entrent un certain nombre de sous-types morphologiques : les épithéliomas anaplasiques à petites cellules, à cellules fusiformes, à grandes cellules.

Pour certains, les anaplasiques à grandes cellules ne sont pas considérés comme de vrais anaplasiques et sont classés parmi les épithéliomas atypiques.

c) *Les épithéliomas glandulaires* : ils évoluent aux dépens de l'épithélium bronchique et on les divise en :

- Adénocarcinomes
- Cylindromes.

Leur nature primitive est souvent difficile à prouver.

Dans nos observations, nous avons relevé 267 cas d'épithéliomas Malpighiens se répartissant en 173 cas d'épithéliomas différenciés et 94 cas de peu différenciés. Il faut remarquer cette importante majorité d'épithéliomas Malpighiens. Nous avons également rassemblé 31 cas d'épithéliomas glandulaires et 7 cas d'anaplasiques (Tab.N° 4).

Cette faible proportion d'épithéliomas glandulaires et anaplasiques s'explique par le fait que :

- pour les épithéliomas glandulaires, leur nature primitive est souvent difficile à affirmer.
- pour les épithéliomas anaplasiques, connaissant leur propriété de donner des métastases précoces, la chirurgie est alors contre indiquée. Certains d'entre eux ont cependant été opérés car le typage du cancer n'avait pu être précisé avant l'intervention.

TABLEAU N° 4

REPARTITION DES CANCERS BRONCHIQUES PRIMITIFS

SELON LEUR HISTOLOGIE

ANNEES	*EOA MALPIGHIENS*		*EOA GLANDULAIRES*	*EOA ANAPLASIQUES*
	≠	*peu ≠*		
1961	8	4	3	2
1962	10	3	2	3
1963	10	8	0	1
1964	11	8	6	0
1965	21	14	3	0
1966	21	13	4	0
1967	16	8	4	1
1968	26	12	0	0
1969	25	17	4	0
1970	25	7	5	0
TOTAL	173	94	31	7

Au cours de notre travail, nous avons cherché à savoir s'il existe une différence d'âge entre la population des épithéliomas différenciés, celle des peu différenciés et celle des épithéliomas glandulaires. Nous n'avons pas testé le lot des épithéliomas anaplasiques, leur nombre étant trop petit.

Les résultats montrent qu'il n'existe pas d'écart significatif entre ces trois populations, puisque la moyenne d'âge des :

- Epithéliomas différenciés est de : 56,99 ans
- Epithéliomas peu différencés : 56,98 ans
- Epithéliomas glandulaires : 56,35 ans

Ces résultats sont rapportés dans le tableau N° 5.

G) REPARTITION SELON LES INTERVENTIONS.

Tout malade adressé pour cancer bronchique primitif a fait l'objet d'un bilan pré-opératoire avant la décision d'exérèse :

- Radiographies pulmonaires standards de face et de profil.
- Tomographies simples de face, parfois de profil.
- Tomographies frontales obliques de FRAIN.
- Bronchoscopie avec étude histologique du prélèvement biopsique et examen cytologique du liquide de broncho-aspiration.
- Examen O.R.L.
- E.C.G.
- Exploration fonctionnelle respiratoire.

TABLEAU N° 5

AGE MOYEN SELON LE TYPE HISTOLOGIQUE

Forme Histologique	*Effectif*	*Variance*	*Ecart-Type*	*Moyenne*
EOA différencié	173	61,2	7,8	56,99
EOA peu différencié	94	68,7	8,3	56,98
EOA glandulaire	31	49	7	56,35

Dans certains cas sont demandés :

- Scintigraphie pulmonaire.
- Cathétérisme bloqué de l'artère pulmonaire chez des sujets limites sur le plan respiratoire, avant une pneumonectomie.
- Scintigraphie cérébrale ou hépatique lorsque l'on pouvait craindre l'existence d'une métastase.

C'est avec l'ensemble de ces résultats qu'au cours d'une réunion médico-chirurgicale est prise la décision d'opérer.

Le détail des intervention effectuées chez nos malades se répartir ainsi :

- 170 pneumonectomies ..... (55,7 %)
  dont, 79 pneumonectomies droites
  91 pneumonectomies gauches
- 114 lobectomies simples ..... (37,3 %)
  dont, 65 lobectomies droites
  49 lobectomies gauches
- 21 bilobectomies.

Nous remarquons qu'il y a eu plus de pneumonectomies à gauche. A l'inverse le chiffre des lobectomies droites est plus important. D'autre part, sachant que les bilobectomies n'ont porté qu'à droite, il en résulte qu'il y a eu 76 exérèses partielles droites contre 49 exérèses partielles gauches.

Ce fait rapporté également par certains auteurs (26), est peut-être en rapport avec la structure anatomique de l'arbre bronchique droit. Effectivement, la présence du tronc intermédiaire droit entre l'orifice lobaire supérieur et les lobaires moyenne et inférieure semble faciliter les résections partielles.

H) REPARTITION SELON LE TRAITEMENT.

Parmi nos 305 malades, tous n'ont pas uniquement bénéficié de la chirurgie. En effet, à la chirurgie peut être associée la radiothérapie ou la chimiothérapie.

Ainsi :

LA RADIOTHERAPIE : a été utilisée en association avec le traitement chirurgical dans 20 cas. Deux fois, elle a été utilisée en pré-opératoire. Elle a été faite à des doses variant entre 4500 et 6500 rad/tumeur. Parmi ces 20 sujets on trouve :

- 13 EOA différenciés, soit 65 %
- 5 EOA peu différenciés, soit 25 %
- 1 EOA glandulaire, soit 5 %
- 1 EOA anaplasique, soit 5 %.

Dix des malades ainsi traités, présentaient un envahissement ganglionnaire lors de l'intervention.

LA CHIMIOTHERAPIE : a été associée au traitement chirurgical dans 81 cas. Elle a été faite le plus souvent sous forme de monochimiothérapie. Les antimitotiques les plus fréquemment utilisés sont par ordre de fréquence : la Cyclophosphamide, le Methothrexate, et le 5-Fluoro-Uracile.

Dans ce lot de 81 malades figurent :

- 46 EOA différenciés, soit 55 %
- 29 EOA peu différenciés, soit 35 %
- 6 EOA glandulaires, soit 10 %.

Dans 20 de ces cas, a été trouvé lors de l'examen de la pièce d'exérèse un envahissement ganglionnaire.

LA CHIRURGIE : a donc été utilisée seule dans 204 cas. Selon la forme histologique, ils se répartissent ainsi :

- 114 EOA différenciés, soit 55 %
- 60 EOA peu différenciés, soit 29 %
- 24 EOA glandulaires, soit 11 %
- 6 EOA anaplasiques, soit 2 %.

Il n'apparaît donc pas qu'un traitement particulier ait été établi selon le type histologique.

I) REPARTITION SELON L'ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE.

Chez cinquante de nos malades, un envahissement ganglionnaire a été trouvé lors de l'intervention. Nous n'avons retenu que les sujets dont l'envahissement du ganglion a été prouvé par l'examen histologique.

Nous étudierons donc la survie en fonction de cet envahissement afin de savoir quelle est son incidence sur le pronostic.

CONCLUSION :

Nous pouvons constater que le nombre des malades opérés est plus important à partir de 1965, et que la chirurgie du cancer bronchique s'adresse essentiellement à des hommes en majorité âgés de 50 à 70 ans, dont la forme histologique du cancer est le plus souvent du type Malpighien et plus particulièrement épidermoïde différencié.

CHAPITRE II

ETUDE DE LA SURVIE

Cette étude a porté sur les 293 malades que nous avons retrouvés dans l'étude de la survie à trois ans et sur 238 sujets dans l'étude de la survie à cinq ans.

Cette survie a été déterminée dans la majorité des cas par une enquête, menée auprès de l'état civil.

Le temps zéro étant situé le jour de l'intervention, la survie de nos malades a été calculée en mois à compter de cette date.

Comme dans la majorité des travaux, nous considèrerons que tout décès du malade survenu dans les cinq années qui suivent son intervention, sera directement lié à son cancer bronchique, alors que tout malade ayant survécu plus de cinq ans sera admis comme probablement guéri.

Nous avons calculé la survie moyenne de nos malades, d'une part sans tenir compte des survivants, d'autre part en tenant compte des survivants.

A) LA SURVIE MOYENNE DE NOS MALADES.

a) Sans tenir compte des survivants : cette moyenne est le résultat de la somme des mois de survie divisée par le nombre de malades, décédés après un certain temps de survie évaluée en mois.

. A trois ans, nous obtenons ainsi une survie de 12,4 mois

. A cinq ans, la survie est de 15,4 mois.

b) *En tenant compte des survivants* : nous obtenons des résultats très différents.

. La survie à trois ans passe de 12,4 mois à 36,3 mois

. La survie à cinq ans est alors de 41,05 mois.

B) LA COURBE GLOBALE DE SURVIE.

Elle nous paraît avoir beaucoup plus d'intérêt Nous avons donc tracé la courbe globale de survie (Fig. n° 6), qui regroupe l'ensemble des cas, exprimant année par année le pourcentage de survie rapportée au nombre total d'opérés survivants à l'exérèse, disposant d'un recul suffisant à la date envisagée.

Ainsi, jusqu'au 36ème mois les pourcentages de survie sont établis par rapport à l'ensemble des 293 opérés retrouvés. A 4 et 5 ans, ils portent sur 238 interventions.

C'est au cours des 24 premiers mois que la mortalité apparaît la plus grande : 50 % des malades sont décédés en 2 ans.

. A trois ans, la survie est de 42,7 %

. A cinq ans, elle est de 33,9 %.

Après cinq ans la courbe de mortalité s'aplatit A compter de la 5ème année le taux de survie ne s'abaisse que de 5 % en cinq ans, alors qu'entre la 3ème et la 5ème année, il s'était abaissé de 8,8 %. Si l'on tient compte de la mortalité dite physiologique, on voit qu'après cinq ans les risques de récidive sont très réduits.

Devant l'aspect de notre courbe (Fig. n° 6) nous avons rapporté nos pourcentages sur papier semi-logarithmique (Fig. n° 7). On remarquera qu'à partir de la 5ème année la courbe devient une droite.

Figure n° 6

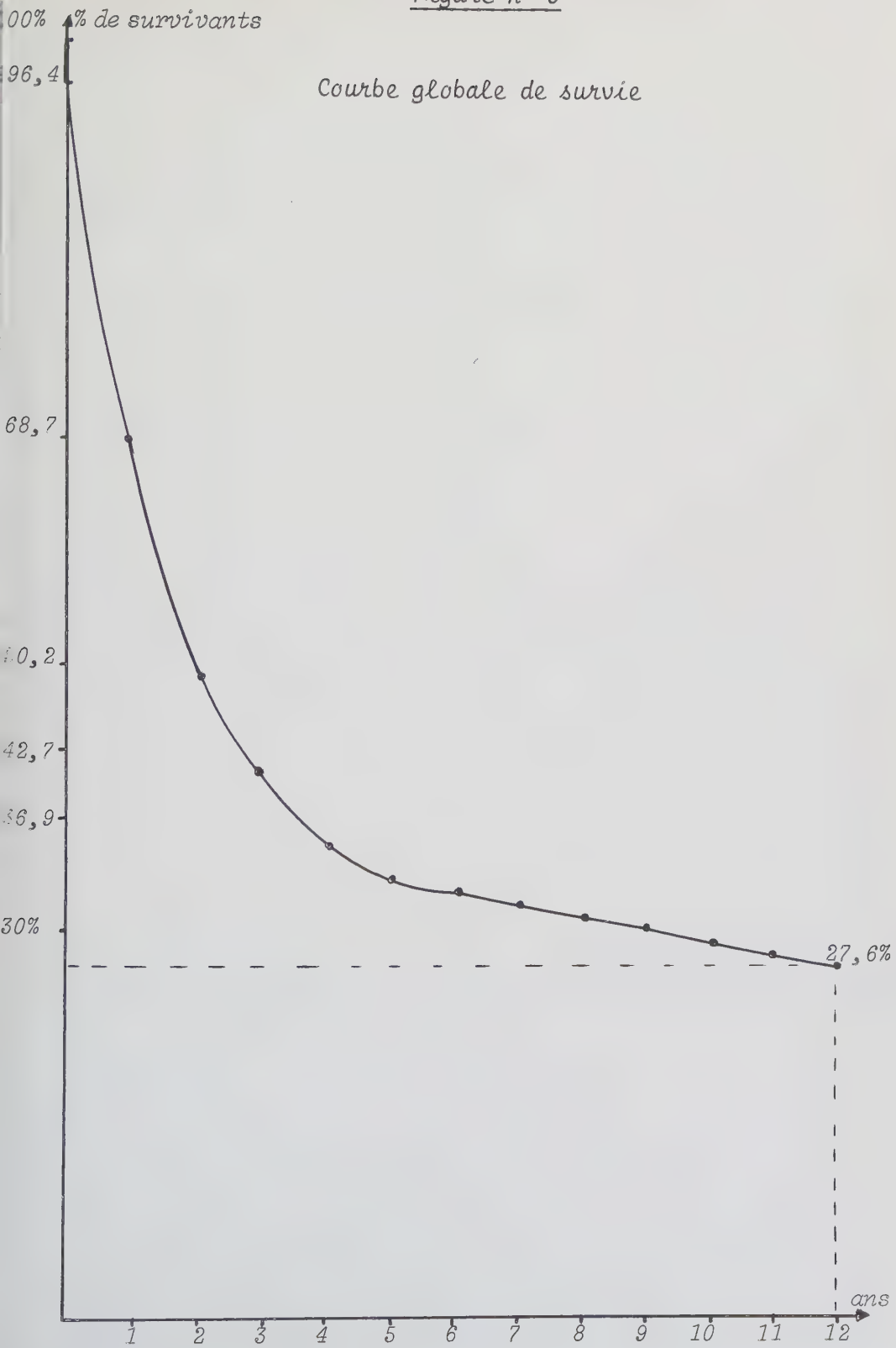
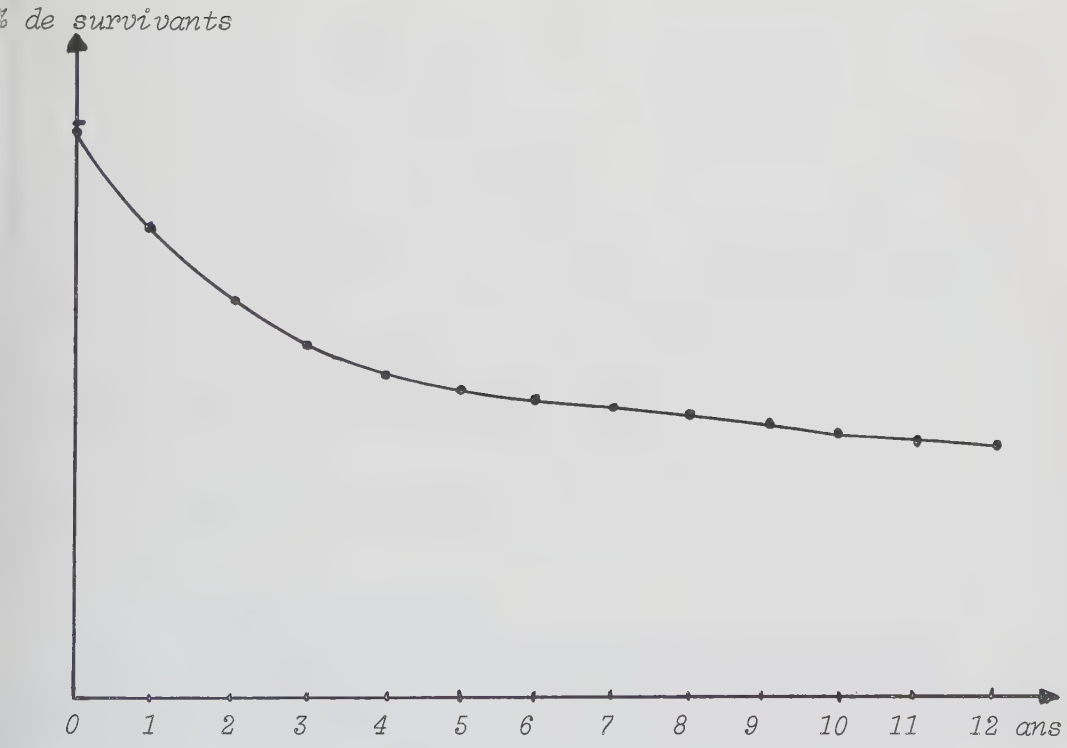

00% % de survivants
96,4
Courbe globale de survie
68,7
0,2
42,7
36,9
30%
27,6%
ans
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

Figure n° 7

Courbe de survie

(Echelle logarithmique)



En conclusion, devant cette décroissance régulière après cinq ans et sachant qu'à partir de ce temps la plupart des malades sont considérés comme guéris, on peut admettre que cette mortalité correspond à celle d'une population normale.

C) LES COURBES DE SURVIE EN FONCTION DES DIFFERENTS FACTEURS.

a) L'âge :

Nous avons réparti nos sujets en trois lots selon les tranches d'âge :

- Sujets de 30 à 50 ans
- Sujets de 50 à 60 ans
- Sujets de 60 à 80 ans.

Nous avons ensuite tracé les courbes de survie (Fig. n° 8, en fonction de ces tranches d'âge.

Il apparaît sur la courbe des survies en fonction de l'âge que le plus grand nombre de survivants se situent dans les tranches d'âge avant 60 ans.

On peut en effet noter que plus de 40 % des malades opérés avant 60 ans ont passé le cap des cinq ans.

b) Le type histologique :

L'influence du type histologique sur la survie est mis en évidence sur les courbes de la figure n° 9.

1/ LES EPITHELIOMAS DIFFERENCIES, donnent les meilleurs résultats : 49,1 % des opérés de ce type sont encore vivants à la fin de la 3ème année et 40,9 % à plus de cinq ans.

Ces chiffres tiennent compte de la mortalité opératoire.

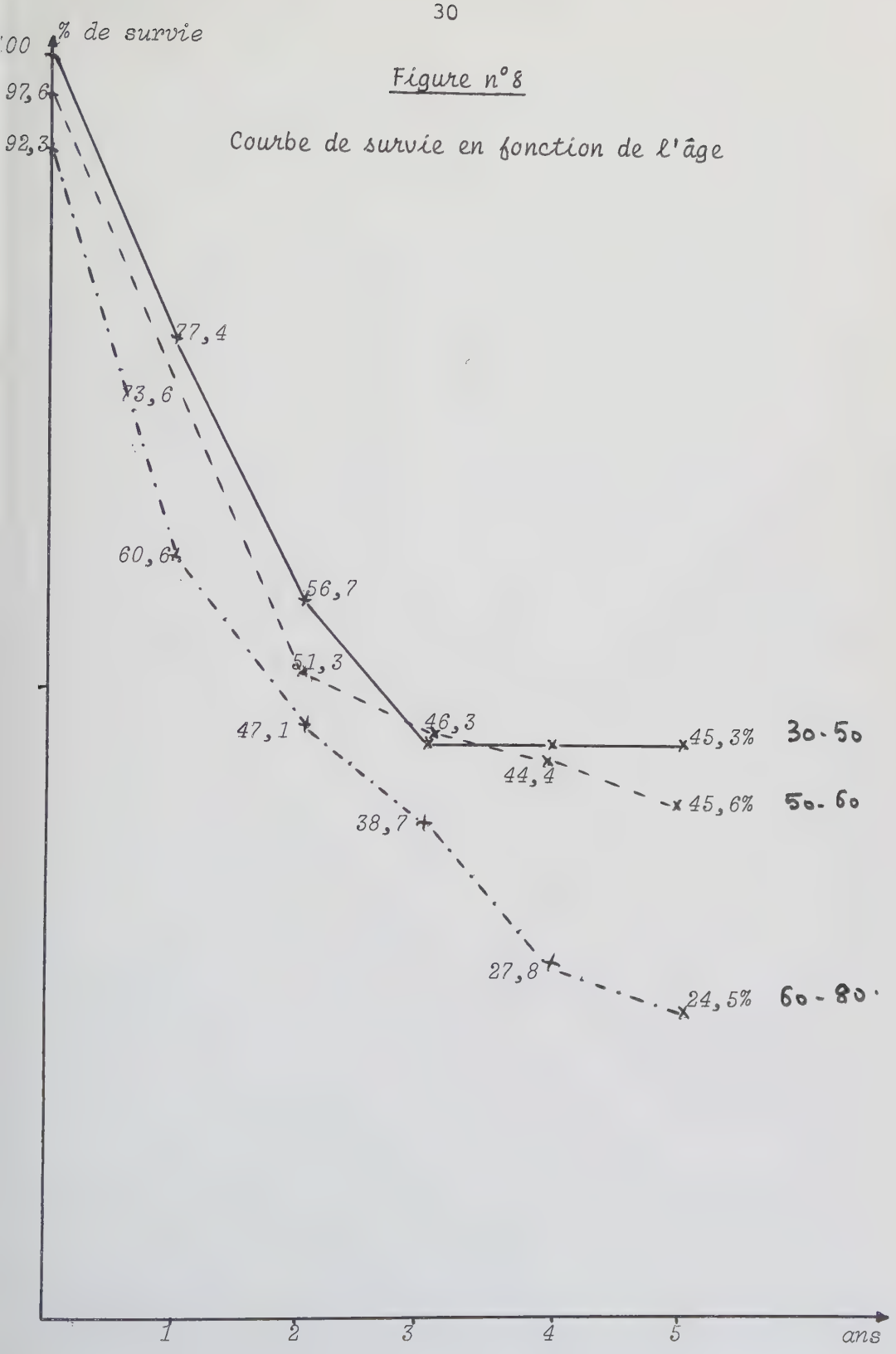


Figure n°8

Courbe de survie en fonction de l'âge

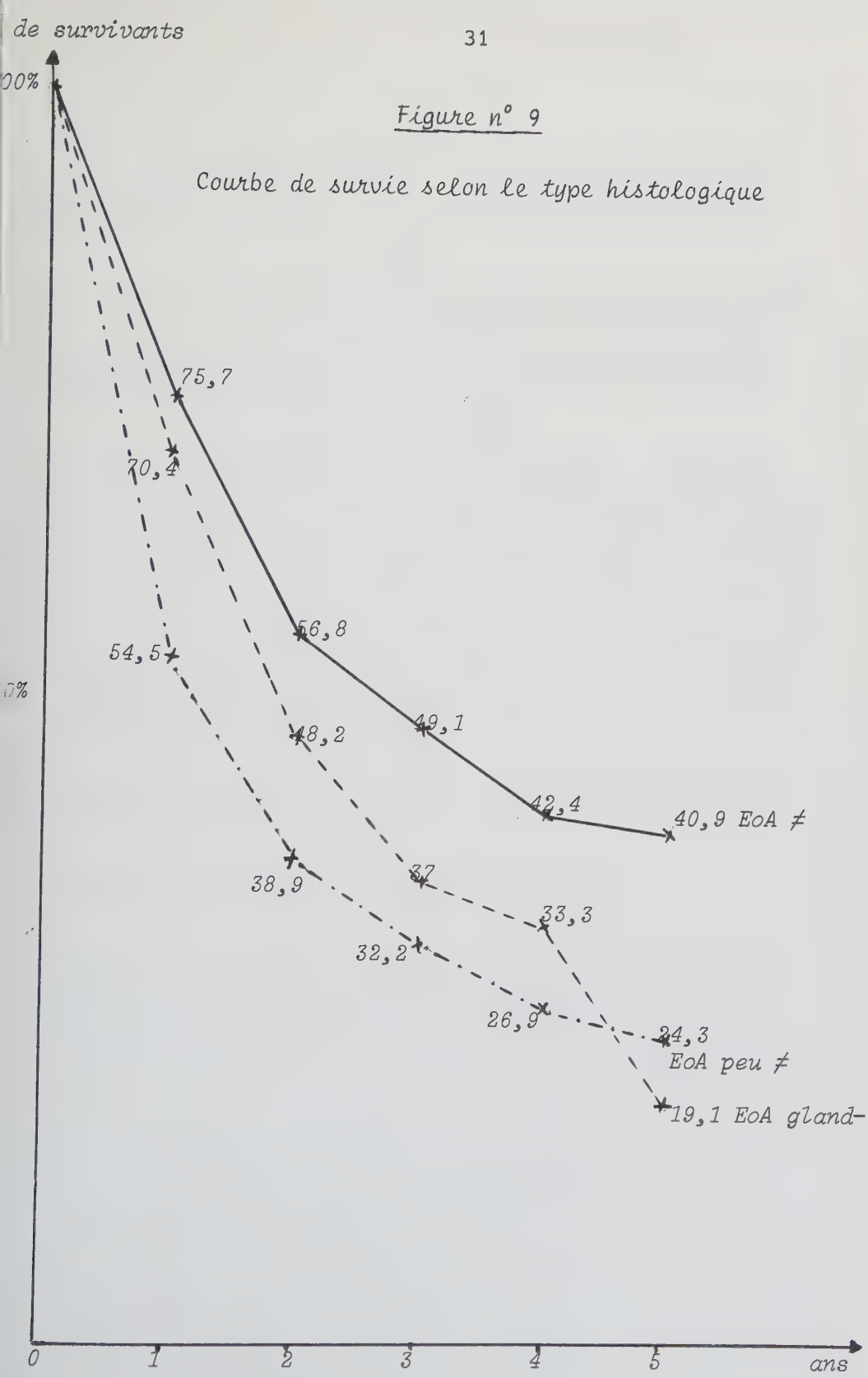


Figure n° 9

Courbe de survie selon le type histologique

2/ Les EPITHELIOMAS peu DIFFERENCIES : nous remarquons leur moins bon pronostic puisque seulement 32,2 % des opérés survivent à 3 ans et 24,3 % à cinq ans.

3/ les EPITHELIOMAS GLANDULAIRES : au cours des trois premières années, leur mortalité est voisine de celle des épithéliomas peu différenciés. Elle apparaît même moins importante. Mais après trois ans, les deux courbes vont se recouper et à cinq ans, seulement 19,1 % des épithéliomas glandulaires sont toujours en vie.

4/ Les EPITHELIOMAS ANAPLASIQUES : le nombre des épithéliomas anaplasiques opérés est très petit.

Sur les 7 épithéliomas anaplasiques opérés, 3 sont toujours vivants et ont passé le cap des 5 ans.

Il se pose alors la question de savoir :

- s'il ne s'agit pas d'une erreur d'interprétation histologique. Nous savons que le diagnostic d'épithélioma anaplasique pose parfois certains problèmes avec celui d'épithélioma peu différencié.
- ou bien si le diagnostic histologique est exact, dans quelle mesure la chirurgie doit être systématiquement refusée devant un anaplasique ?

  Certains auteurs signalent aussi des survies de plus de 10 ans pour des anaplasiques opérés. (48).

Il se peut également que ces anaplasiques qui survivent après 5 ans n'étaient pas des anaplasiques au sens propre du terme (Anaplasique à petites cellules ou "oats cells"), mais plutôt des anaplasiques que certains préfèrent classer parmi les épithéliomas atypiques.

c) *Le mode de dépistage.*

Nous avons deux lots de malades :

- un premier lot de 58 malades dépistés de façon systématique,
- un deuxième lot de 247 sujets découverts lors d'une symptomatologie.

A un an survivent 79 % des malades dépistés de façon systématique contre 66 % des formes se manifestant par des signes cliniques au début.

Mais à partir de 3 ans la mortalité devient à peu près identique, pour être la même vers la 5ème année.

Le mode de dépistage ne paraît donc pas influencer la survie à long terme. Certains auteurs ont même parlé de faillite du dépistage précoce. (24).

Nos résultats sont représentés sur la figure n° 10.

d) La localisation du cancer :

Les courbes de la figure n° 11 montrent l'évolution comparée de 54 cancers périphériques et de 226 cancers proximaux.

L'examen du graphique met en évidence que l'évolution est identique à 5 et 3 ans quelle que soit la localisation du cancer. Ici comme dans d'autres études (14), la différence est peu appréciable.

d) Les interventions :

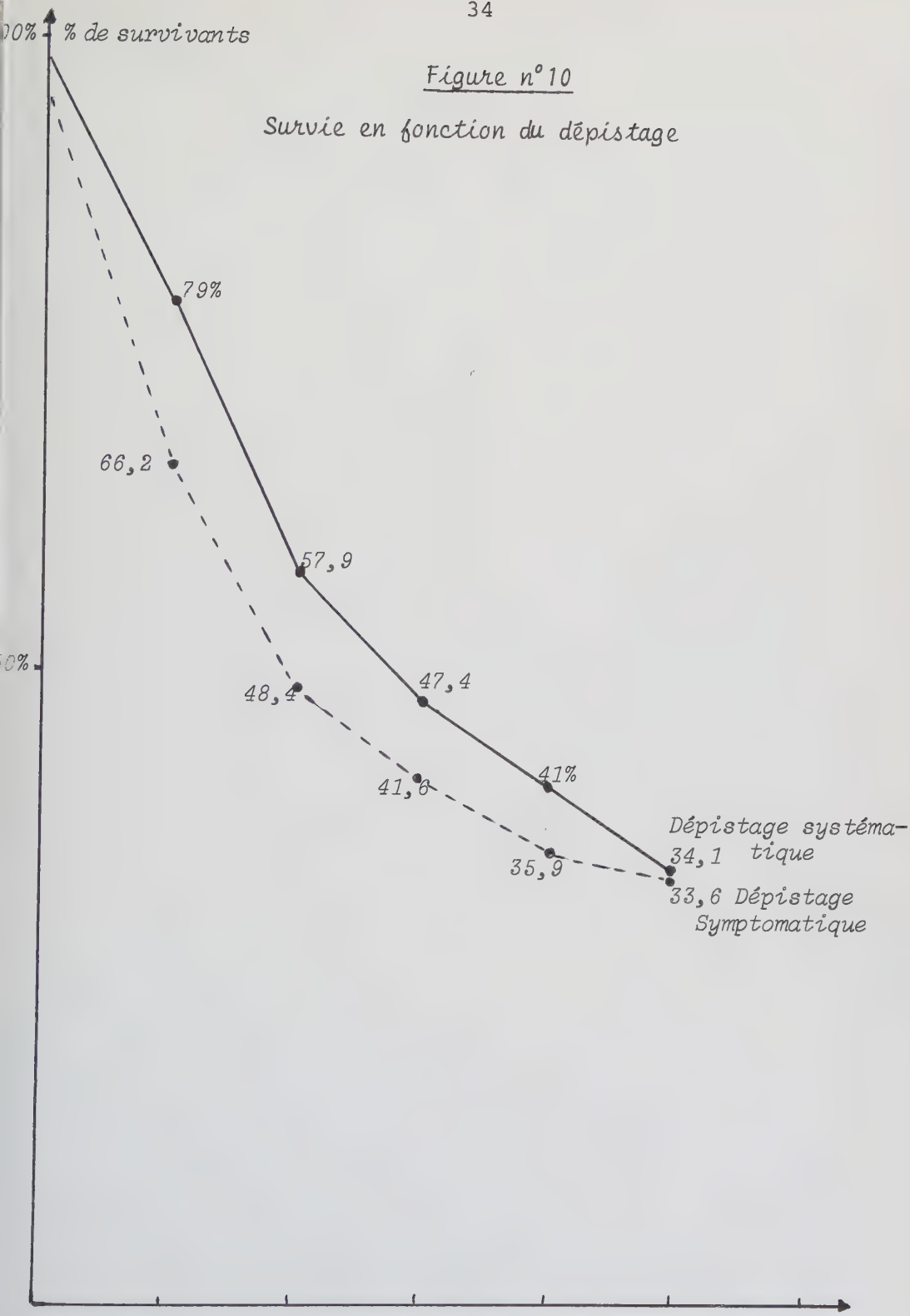
La comparaison a été effectuée entre deux lots d'opérés. Le premier lot rassemble 165 pneumonectomisés. Le deuxième est constitué de 110 lobectomisés.

La lecture de la courbe (Fig. n° 12), ne met pas en évidence de résultats nettement supérieurs des lobectomies.

Le type d'exérèse n'intervient donc pas dans la survie comme cela a déjà été remarqué par certains auteurs qui précisent que si les lobectomies s'adressent à des cas plus favorables et ménagent mieux la fonction respiratoire, par contre elles ne permettent pas un curage ganglionnaire aussi complet que les pneumonectomies (37).

Figure n°10

Survie en fonction du dépistage



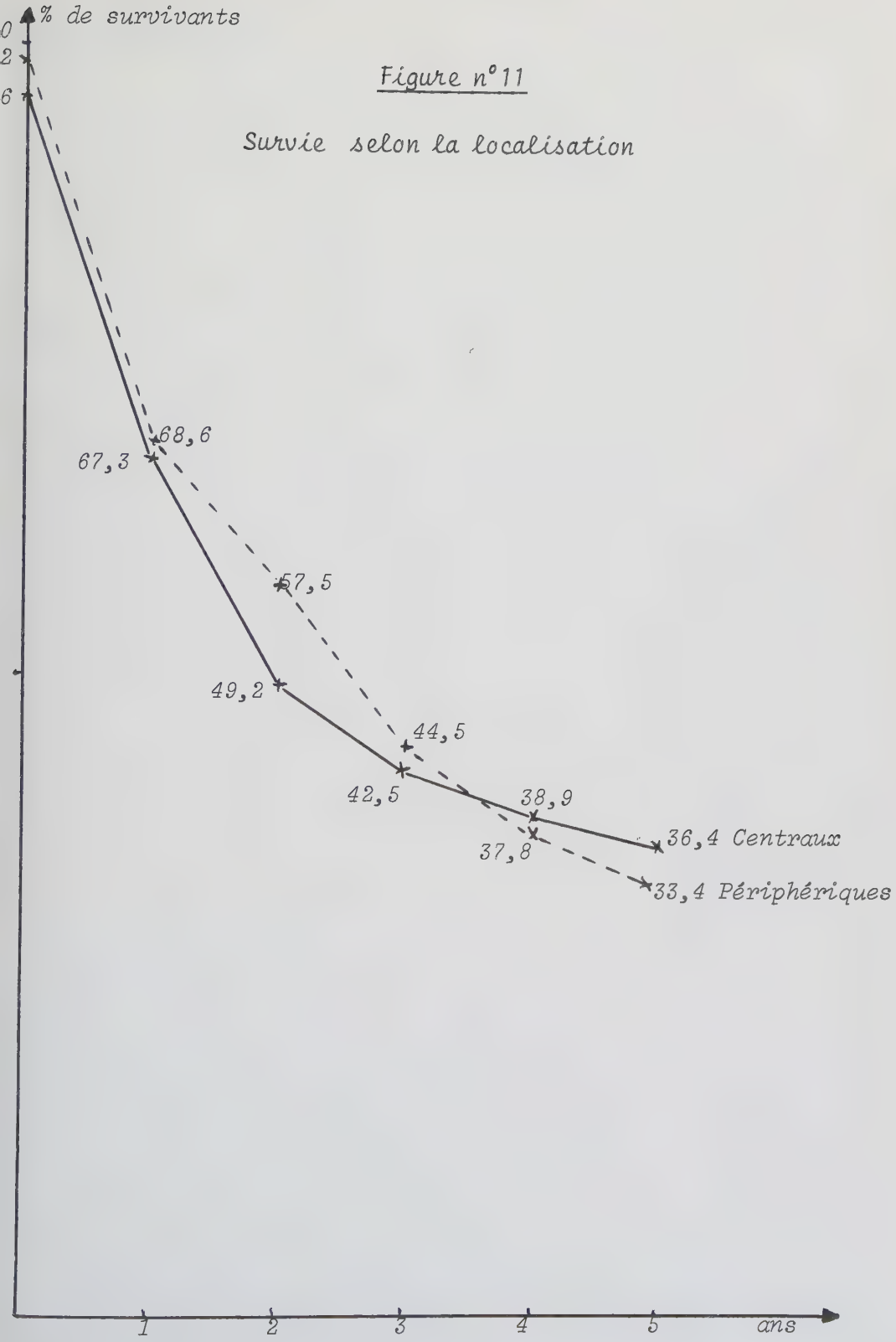


Figure n°11

Survie selon la localisation

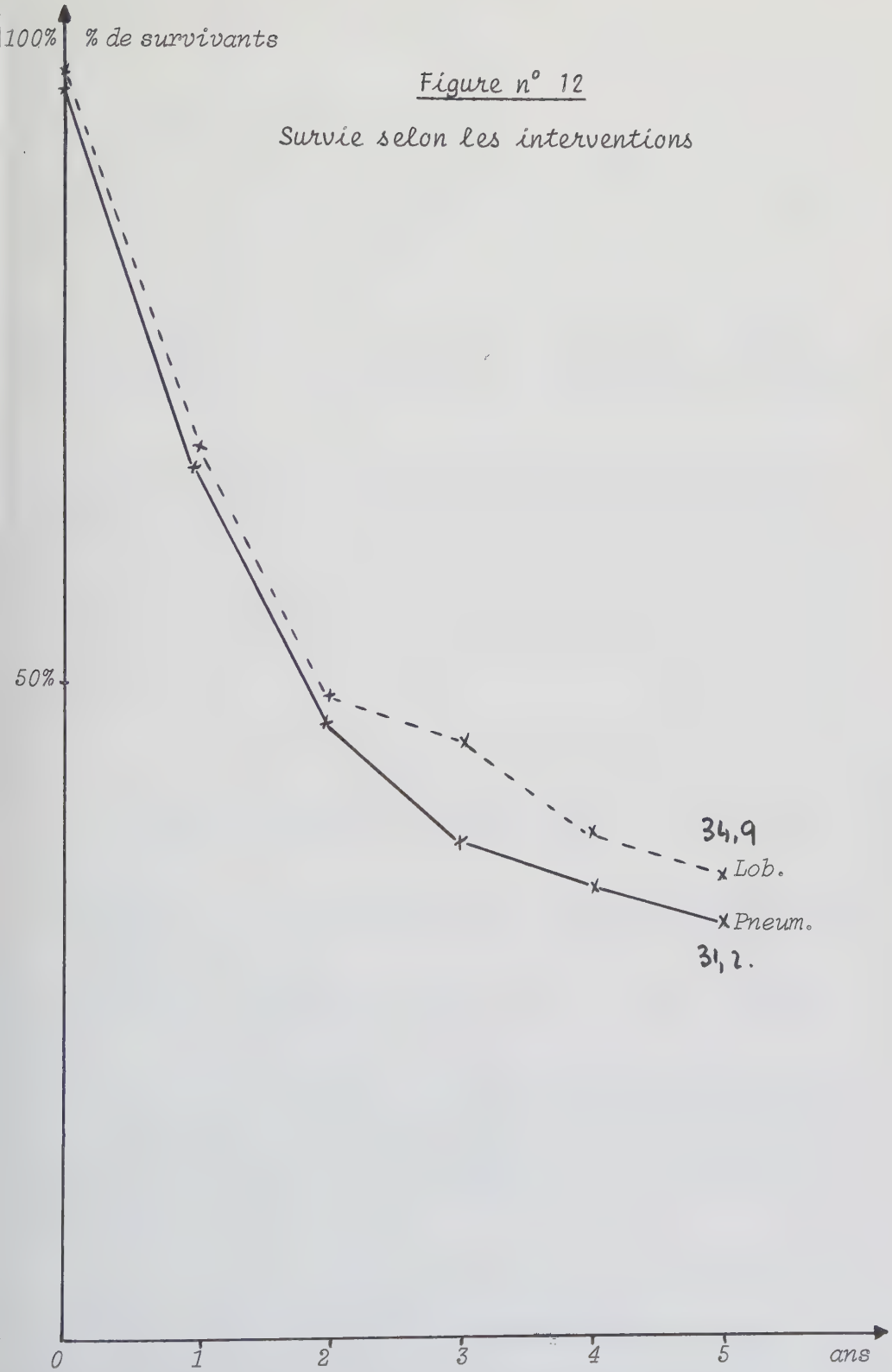


Figure n° 12

Survie selon les interventions

f) Les traitements associés :

Lorsque nous observons les courbes de survie relatives aux traitements reçus (Fig. N° 13), nous nous apercevons que les meilleurs résultats sont obtenus parmi les malades uniquement traités par la chirurgie.

En effet, 41,7 % des malades ayant été uniquement traités chirurgicalement survivent à 5 ans contre 27,2 % des malades ayant eu une chimiothérapie associée et 30 % de sujets ayant bénéficié d'une radiothérapie complémentaire.

Ceci peut s'expliquer par le fait que ces traitements s'adressent généralement à des cas plus mauvais. Effectivement, dans notre travail nous retrouvons que seulement 10 % des sujets uniquement traités chirurgicalement présentaient un envahissement ganglionnaire lors de l'intervention, alors que 25 % des malades ayant eu une chimiothérapie associée et 50 % des sujets ayant bénéficié d'une radiothérapie complémentaire présentaient un envahissement ganglionnaire.

g) L'envahissement ganglionnaire :

Il a été constaté chez cinquante de nos opérés. Nous avons donc comparé la survie de deux lots de malades (Fig. n° 14) :

- un premier lot de 50 opérés chez qui l'envahissement ganglionnaire a été décelé lors de l'examen histologique de la pièce d'exérèse.
- un deuxième lot de 243 sujets où rien n'a été constaté lors de cet examen.

La courbe de survie en fonction de cet envahissement met en évidence une différence assez nette entre les deux lots d'opérés, puisqu'à 5 ans il ne reste que 21,5 % des opérés présentant un envahissement contre 35,8 % des autres. Cette différence est encore plus nette à 3 ans, (34 % contre 53,4 %).

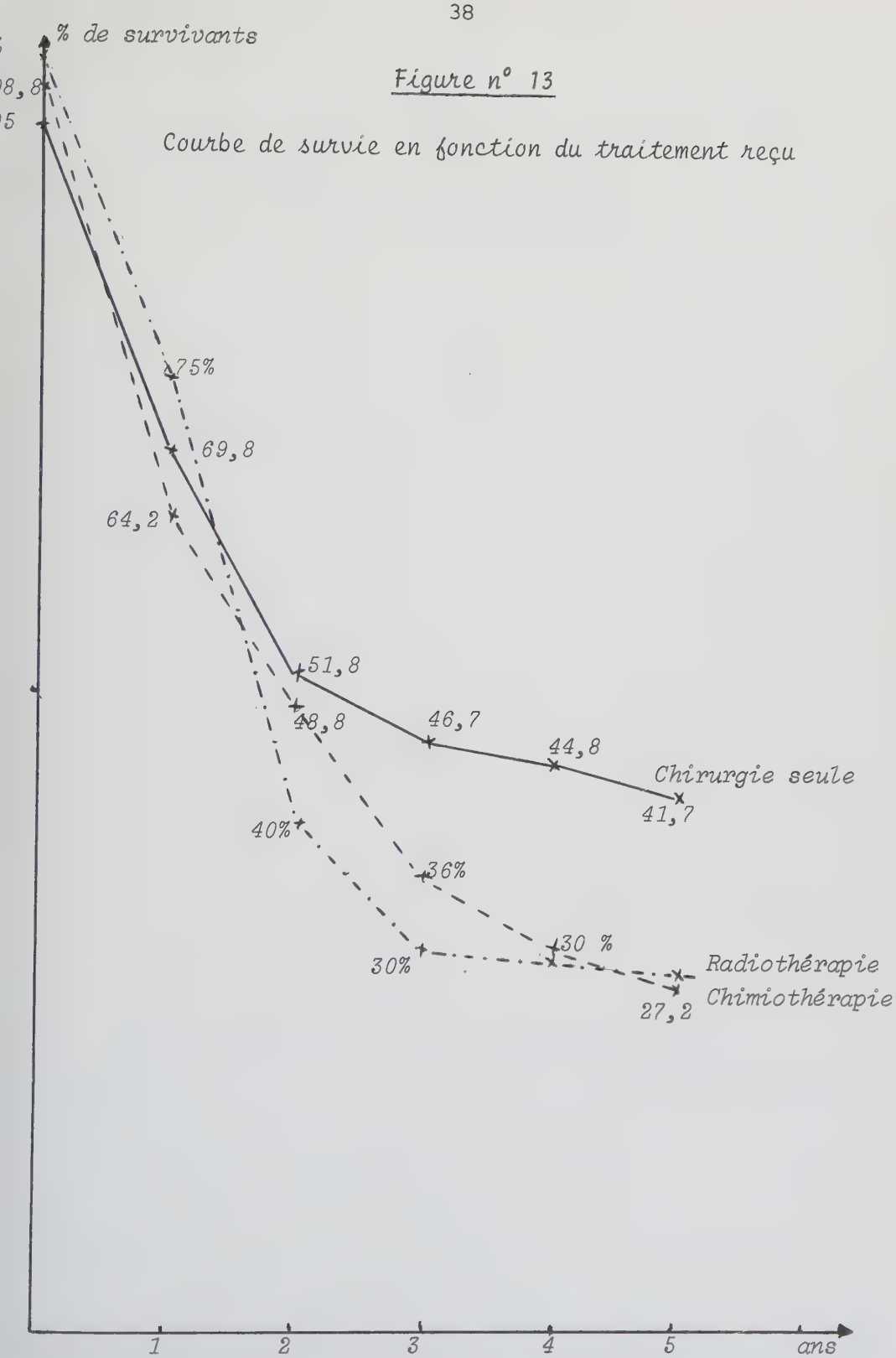
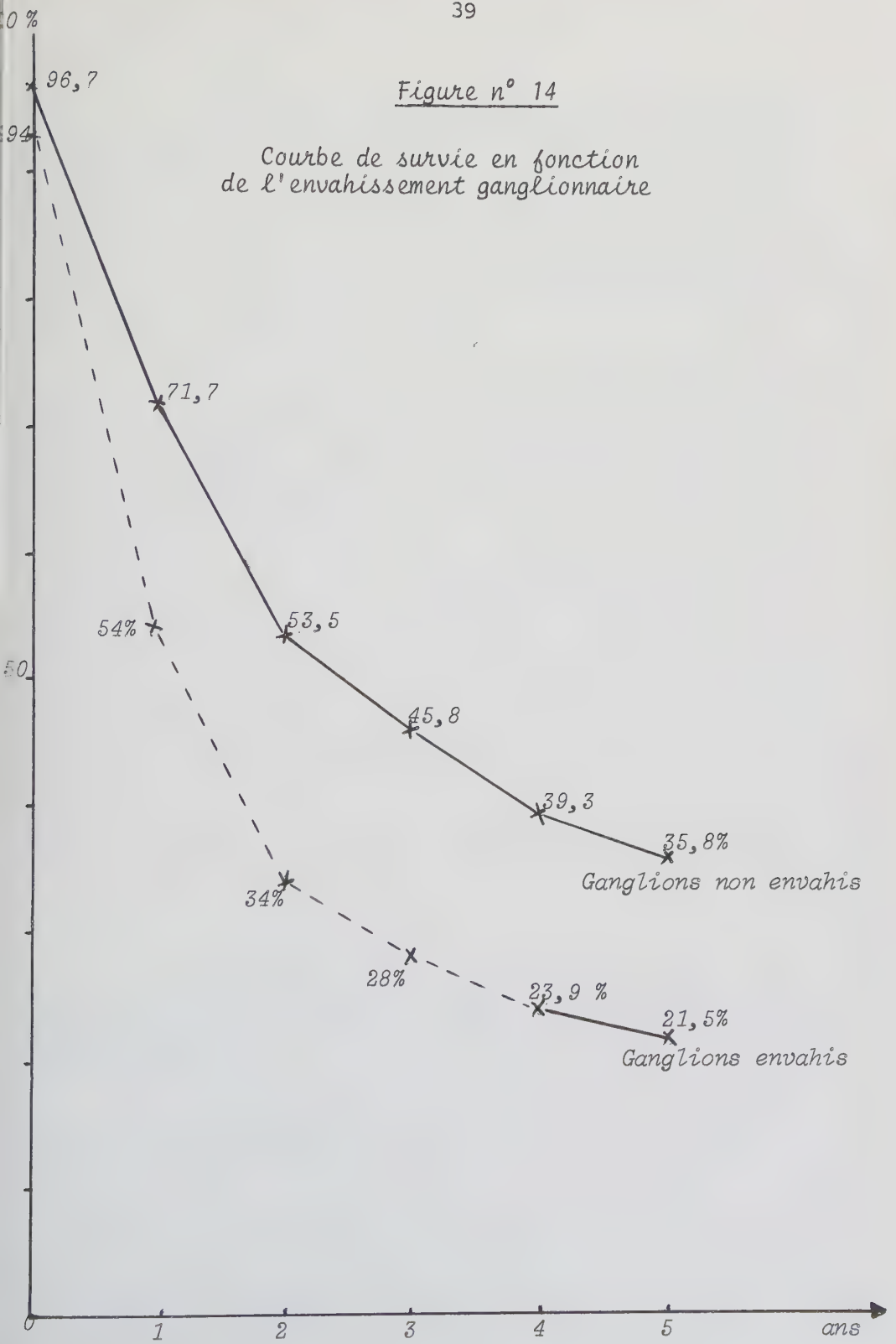


Figure n° 13

Courbe de survie en fonction du traitement reçu

Figure n° 14

Courbe de survie en fonction
de l'envahissement ganglionnaire



Enfin, le lot des malades ayant reçu une chimiothérapie complémentaire étant suffisament grand (81 sujets) nous avons étudié dans ce groupe la survie des sujets indemnes de tout envahissement ganglionnaire et de ceux qui présentaient une atteinte. La comparaison des deux courbes (Fig. n° 15), est tout à fait significative puisque 35,9 % des malades ne présentant pas d'envahissement ganglionnaire survivent au delà de 5 ans contre 12,5 % des sujets où les ganglions étaient envahis.

En conclusion, comme la chimiothérapie et la cobalthérapie ne modifient pas la durée de survie, il apparaît que seule la notion d'envahissement ou non est importante à considérer. Mais il ne faut pas oublier que chez nos sujets ces traitements n'ont pas été prescrits selon des critères bien définis.

D) LES SURVIVANTS.

Sur les 293 sujets opérés et retrouvés lors de notre enquête, 90 sont toujours vivants.

Parmi eux 25 ont un recul de 3 ans minimum seulement et 65 un recul de 5 ans minimum.

Mais 80 sujets ont survécu plus de 5 ans, en effet, sur ces 80 survivants à 5 ans :

- 15 sont décédés
- 65 sont vivants.

Sur les 65 malades actuellement vivants, 12 ont plus de dix ans de survie et parmi ces 12 malades figurent deux sujets porteurs d'un épithélioma anaplasique lors de l'intervention.

Enfin nous savons qu'actuellement 4 de nos survivants sont en récidive.

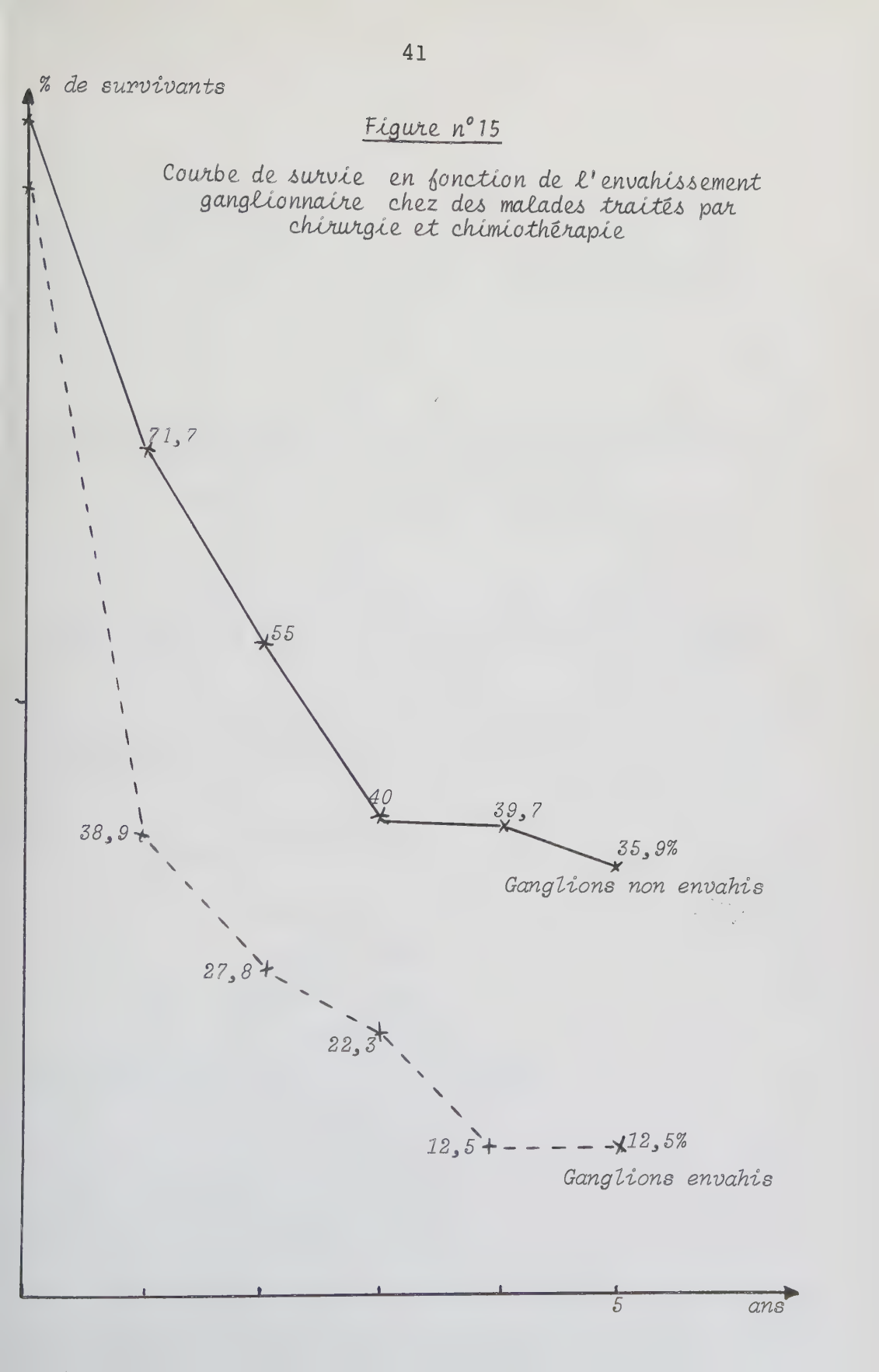


Figure n°15

Courbe de survie en fonction de l'envahissement ganglionnaire chez des malades traités par chirurgie et chimiothérapie

Quant aux 15 malades décédés après 5 ans, la date du décès s'inscrit entre la 5ème et la 12ème année : un a survécu plus de 5 ans ; 3 six ans ; 3 sept ans ; 3 huit ans ; 2 neuf ans ; 2 onze ans ; 1 douze ans. La cause de leur décés n'a été précisée que dans deux cas : il s'agissait de récidives locales.

a) Le sexe des survivants :

Parmi les opérés, on compte 3,9 % de femmes. Ce pourcentage de femmes parmi les survivants est de 3,75%. Il est donc sensiblement le même qu'au départ.

Le sexe n'intervient donc pas dans la survie.

b) L'âge des survivants :

Il oscille entre 37 et 71 ans. Si l'on compare l'âge des opérés et celui des survivants, on obtient des pourcentages voisins. (Tableau n° 16).

L'étude de ces résultats par un test de χ^2 confirme que les meilleurs résultats sont obtenus parmi les malades opérés avant l'âge de 60 ans ($\chi^2=8,34$, $P >= 0,01$).

c) Les facteurs anatomo-pathologiques :

Nous avons 105 survivants à 3 ans parmi lesquels on compte :

- 71 EOA différenciés
- 25 EOA peu différenciés
- 6 EOA glandulaires
- 3 EOA anaplasiques

Sur les 80 survivants à 5 ans, on trouve :

- 54 EOA différenciés
- 19 EOA peu différenciés
- 4 EOA glandulaires
- 3 EOA anaplasiques.

TABLEAU n° 16

TABLEAU COMPARATIF DES POURCENTAGES D'OPERES ET DES SURVIVANTS REPARTIS SELON L'AGE

Tranches d'âge	*Opérés*	*Survivants à 3 ans*	*Survivants à 5 ans*
30 à 40	2,2 %	2,4 %	2,5 %
40 à 50	15,9 %	16,8 %	18,6 % *
50 à 60	41,4 %	44,8 %	53,6 % *
60 à 70	37,7 %	32 %	22,5 % *
70 à 80	2,9 %	4 %	2,5 %

* *Echantillons comparés* = χ^2 =8,34 p> 0,01

Lorsque nous rapportons ces chiffres en pourcentage, (Tabl. n° 17), nous remarquons que la majorité des survivants se recrutent parmi les épithéliomas Malpighiens et plus particulièrement parmi les épithéliomas différenciés.

Il faut encore noter que 3 de nos épithéliomas anaplasiques sont actuellement vivants.

d) Les facteurs opératoires :

Quarante-trois survivants de 5 ans ont eu une pneumonectomie, 31 une lobectomie et 6 une bilobectomie.

Si l'on compare les chiffres relatifs aux types d'interventions des opérés et des survivants, ces chiffres sont à peu près identiques (Tabl. n° 18).

Un test de χ^2 nous a confirmé ces résultats ; ($\chi^2 = 0,057$ $p > 0,50$). Ceci nous permet de dire que le type d'exérèse n'intervient pas dans la survie. Il en est de même pour le côté de l'exérèse ($\chi^2 = 0,35$ $p < 0,50$).

e) Les traitements associés :

Il nous semble difficile de juger de l'influence d'un traitement associé, car ces traitements ne sont pas établis de façon systématique

Nous avons dans nos survivants 56 malades uniquement opérés (70 %), 18 malades ayant bénéficié d'une chimiothérapie complémentaire (22,5 %) et 6 d'une radiothérapie (7,5 %). Ceci reflète à peu de choses près les pourcentages observés au départ chez nos malades (Tabl. n° 19). Le test de χ^2 effectué n'est pas significatif ; ($\chi^2 = 0,47$ $p > 0,50$).

TABLEAU n° 17

TABLEAU COMPARATIF DES POURCENTAGES D'OPERES
ET DE SURVIVANTS REPARTIS SELON LE TYPE HISTOLOGIQUE

Type histologique	*Opérés*	*Survivants à 3 ans*	*Survivants à 5 ans*
EOA anaplasique	2,2 %	2,4 %	3,75 %
EOA glandulaire	10,1 %	8 %	5 %
EOA peu différencié	30,8 %	23,2 %	23,75 % *
EOA différencié	56,7 %	66,4 %	67,5 % *

* *Echantillons comparés :* $\chi^2 = 5,76$ $p > 0,02$

TABLEAU n° 18

TABLEAU COMPARATIF DES POURCENTAGES D'OPERES
ET DE SURVIVANTS REPARTIS SELON LE TYPE D'INTERVENTION

Intervention	*Opérés*	*Survivants à 3 ans*	*Survivants à 5 ans*
Pneumonectomie	55,7 %	49,6 %	53,7 % *
Lobectomie	37,3 %	40 %	38,7 % *
Bilobectomie	7 %	10,4 %	7,5 % *

* *Echantillons comparés :* $\chi^2 = 0,35$ $p < 0,50$

TABLEAU N° 19

TABLEAU COMPARATIF DES POURCENTAGES D'OPERES
ET DE SURVIVANTS SELON LE TRAITEMENT RECU

Traitement reçu	*Opérés*	*Survivants à 3 ans*	*Survivants à 5 ans*
Chirurgie	66,5 %	72,8 %	70 % *
Chirurgie et Chimiothérapie	26,6 %	22,4 %	22,5 %*
Chirurgie et radiothérapie	6,8 %	4,8 %	7,5 %

* *Echantillons comparés* $\chi^2=0,47$ $p > 0,50$

δ) *L'envahissement ganglionnaire :*

Cinquante sujets, soit 17 % des opérés présentaient un envahissement ganglionnaire lors de l'intervention. Parmi les survivants il reste 9 malades chez qui une atteinte ganglionnaire avait été décelée, soit 11 % des sujets vivants.

Statistiquement, nous pouvons affirmer que les sujets ayant un envahissement ganglionnaire ont des survies différentes à 3 ans, (χ^2= 4,74 p>0,05). Par contre à 5 ans le test de χ^2 est à la limite de la signification (χ^2= 3,08 ; 0,02 <p <0,05).

On peut donc supposer que chez les sujets présentant un envahissement ganglionnaire lors de l'intervention et ayant dépassé ce cap des 3 ans, la survie lointaine à 5 ans rejoint celle des sujets qui ne présentaient pas d'envahissement lors de l'intervention.

E) LES CAS PARTICULIERS.

Dans ce paragraphe nous signalons certaines observations ayant attiré notre attention.

1/ Le cas d'un malade qui opéré pour cancer broncho-pulmonaire primitif, fut réopéré deux ans plus tard pour récidive contro-latérale.

2/ Les trois cas de cancers anaplasiques ayant survécu plus de cinq ans.

3/ Les cas de certains malades qui ont une survie de plus de 5 ans, mais qui présentent des signes évidents de récidive.

1/ Cas de Mr H VI..., 47 ans, chez qui est découvert en 1964 à l'occasion d'un syndrome paranéoplasique ostéo-articulaire, une image anormale dans la région axillaire droite.

Ce malade subit alors le 7/7/64 une simple lobectomie supérieure droite. L'examen histologique de la pièce d'exérèse mit alors en évidence un épithélioma cylindrique.

En 1966, ce sujet présente des troubles de la ventilation du lobe supérieur gauche. Un examen bronchoscopique alors pratiqué montre une sténose bourgeonnante. Ce malade subit une pneumonectomie gauche. La nature de l'épithélioma est cette fois du type épidermoïde peu différencié.

Ce malade est décédé le 14/05/1971, soit presque sept ans après sa première intervention.

2/ Les trois cas de cancers anaplasiques rescapés :

Pour deux d'entre eux la survie a dépassé 10 ans. Dans le premier cas, il s'agit d'un malade où le diagnostic d'épithélioma anaplasique porté lors de la bronchoscopie a été confirmé lors de l'examen histologique de la pièce opératoire : épithélioma anaplasique à cellules fusiformes. La survie de ce malade est actuellement de 13 ans. Malheureusement nous ne pouvons préciser l'état actuel de ce malade.

Dans le deuxième cas, le sujet présentait un épithélioma anaplasique à grandes cellules, opéré en 1962. Ce malade est toujours vivant après enquête auprès de l'état-civil.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'un sujet opéré en 1967. Ce malade suivi par son médecin traitant est actuellement toujours vivant. Il a été revu en consultation pour la dernière fois en 1973.

3/ Les cas de malades ayant survécu 5 ans, mais en récidive : Trois de nos malades sont actuellement dans ce cas. La récidive s'est manifestée après 5 ans pour chacun d'entre eux.

On constate donc que les récidives peuvent se manifester tardivement et qu'il est difficile même après 5 ans de dire que les malades sont définitivement guéris.

Ceci remet en cause, dans une certaine mesure la notion de guérison avec une survie de 5 ans, adoptée par la majorité des auteurs.

CONCLUSION :

L'étude de la survie à trois ans ayant porté sur 293 sujets est de 42, 7 %. Celle à cinq ans a porté sur 238 malades dont 33,9 %, sont toujours vivants après cinq ans.

Il ressort de notre étude que seuls l'âge, le type histologique et la notion d'envahissement ganglionnaire peuvent être retenus comme facteurs influencant la survie. L'envahissement ganglionnaire lors de l'intervention ne joue en fait que dans la survie à trois ans. Après trois ans cette notion semble ne plus intervenir.

CHAPITRE III

LES CAUSES DE LETHALITE

Notre étude a porté sur 305 sujets. Douze malades ayant échappé à notre enquête, nous savons qu'actuellement sur les 293 malades restants, 188 sont décédés avant cinq ans.

Onze de ces 188 malades décédés, sont morts des suites opératoires. Il s'agit de sujets décédés dans le service et dans le mois qui a suivi l'intervention. Il y a donc eu sur l'ensemble des 305 opérés, 11 décés post-opératoires soit en pourcentage 3,6 % des opérés. Ce chiffre de mortalité post-opératoire remarquablement bas figure parmi les meilleurs généralement observés.

Les causes de ces décés précoces sont les suivantes :

- un décés per-opératoire
- une hémoptysie foudroyante
- trois défaillances respiratoires
- un infarctus cardiaque septal massif
- une fistule bronchique
- un oedème aigu du poumon
- trois décés de cause non précisée.

Lorsque l'on considère les décés précoces par rapport au type de l'intervention, on remarque que pour 170 pneumonectomies on a observé 7 décés post-opératoires (4,1 %) et pour 114 lobectomies 4 décés précoces (3,5%). Le type d'exérèse ne semble donc pas intervenir dans ces décés précoces.

Chez les 177 malades décédés à distance de l'intervention, la cause du décès a pu être déterminée dans 54 cas, soit 30,5 % des cas. Il s'agit essentiellement de récidives locales et de métastases à distance se manifestant surtout avant trois ans. Les causes de ces décès ont été rapportées dans le tableau n° 20.

Ce sont par ordre de fréquence :

- Métastases à distance ..... 27 cas

  dont, 8 cas de métastase cérébrale
  6 cas de métastase ganglionnaire
  5 cas de métastase osseuse
  4 cas de métastase hépatique
  4 cas de métastase cutanée

- Récidives locales ..... 20 cas
- Envahissement médiastinal ..... 2 cas
- Envahissement œsophagien ..... 2 cas
- Fistule œsophago-pleurale ..... 1 cas
- Défaillance cardio-pulmonaire ..... 1 cas

Il faut enfin signaler les décès de 15 sujets, survenus après 5 ans. Nous ne connaissons cette cause que dans deux cas : ce sont des récidives loco-régionales.

TABLEAU N° 20

LES CAUSES DE LETHALITE

	1 an	*2 ans*	*3 ans*	*4 ans*	*5 ans*
Métastases à distance	19	6	2	-	-
- cérébrale	7	1	-	-	-
- ganglionnaire	4	2	-	-	-
- osseuse	2	2	1	-	-
- hépatique	3	-	1	-	-
- cutanée	3	1	-	-	-
Récidive locale	6	7	2	4	1
Envahissement médiastinal	1	1	-	-	-
Envahissement oesophagien	-	1	1	-	-
Fistule oesophago-pleurale	1	-	-	-	-
Défaillance cardio-pulmonaire	1	-	-	-	-

CHAPITRE IV

Nous avons rapporté dans le tableau ci-dessous quelques résultats de survie à 3 et 5 ans, relevées dans les publications que nous avons consultées.

Auteurs		*Survie à*	
		3 ans	*5 ans*
MACMANUS et coll. (34)	1955	22 %	
JAUBERT de BEAUJEU (25)	1958	23,7 %	13,3 %
PERSONNE (41)	1962	33 %	
HUMBERT et coll. (22)	1963	31 %	19 %
LONGEFAIT (33)	1963	25 %	22,4 %
MERLIER et coll. (37)	9166		22,8 %
JAUBERT de BEAUJEU et coll. (26)	1967		23,3 %
DUBOST et coll. (14)	1969	38 %	27 %
ISRAEL et CHAHINIAN (24)	1969		25 %
DUBOIS et VANDERHOEFT (11)	1970	31 %	27 %
ERMISCH (15)	1970		49 ± 8 %
DUBOST (13	1971	38 %	27 %
JOHNet POOL (27)	1971		26 %
MASSENTI et coll. (35)	1971	27,4 %	15,3 %
TOURAINE et coll. (54)	1973	13 % à 50 mois	
FREOUR et coll. (19)	1974		28 %

Dans notre travail, les résultats de la survie se situent à 33,9 % à 5 ans et à 42,7 % à 3 ans.

Ces résultats figurent parmi les mailleurs des autres statistiques. Ils sont donc encourageants, mais il ne faut pas oublier que seuls environ 20 à 40 % de tous les cancers broncho-pulmonaires peuvent bénéficier de ce traitement chirurgical.

C O N C L U S I O N

Nous avons observé 305 cas de cancers bronchiques primitifs traités chirurgicalement à l'Hôpital XAVIER-ARNOZAN entre 1961 et 1970.

Notre étude a établi que la chirurgie du cancer bronchique s'adresse presque exclusivement à des hommes, en majorité âgés de 50 à 70 ans, dont la forme histologique est le plus souvent du type épidermoïde et plus particulièrement épidermoïde différencié.

L'étude de la survie porte sur 293 malades à trois ans et montre que 42,7 % des sujets sont toujours vivants après trois ans. Celle à cinq ans porte sur 238 malades dont 33,9 % sont toujours en vie après cinq ans.

Dans notre travail, seuls l'âge, le type histologique et la notion d'envahissement ganglionnaire lors de l'intervention seront retenus comme facteurs influencant la survie. En effet, les meilleurs résultats sont obtenus chez les sujets opérés avant l'âge de 60, chez ceux porteurs d'un épithélioma épidermoïde différencié et ceux où il n'existait pas d'envahissement ganglionnaire. Toutefois cette notion d'envahissement ne semble que jouer dans la survie à trois ans.

Bien que la chirurgie du cancer du poumon ne s'adresse qu'à certains cas sélectionnés, nos résultats sont satisfaisants puisque 33,9 % des sujets opérés ont passé le cap de cinq ans, et s'alignent parmi les meilleurs des autres statistiques.

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Président de l'Université de BORDEAUX II :
H. BRICAUD

Vu, bon à imprimer,
Le Président de Thèse :
R. TESSIER

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 10 septembre 1974
Le Chancelier des Universités :
R. PAULIAN

B I B L I O G R A P H I E

1- ACCARD (J.L.).- A propos de 271 cancers du poumon et de la trachée. Considérations pronostiques.
Le Poumon et le Coeur. 1972, 18, n° 3, 137-231.

2- AIGUEPERSE (J.).- Traitement chirurgical du cancer bronchique.
Vie. Méd. 1970, (1), n° 13, 1941-1944.

3- BARIETY (M.), DELARUE (J.), PAILLAS (J.) et RULLIERE (R.).- Les carcinomes bronchiques primitifs.
Masson et Cie Editions. Paris 1967.

4- BIGNALL et MARTIN.- Survie dans 6086 cas de cancer bronchique.
Lancet, 1967, n° 7499, 1067-1070.

5- CAPRONNIER (C.).- La chirurgie des carcinomes bronchiques Méthodes, indications, résultats.
Vie. Méd. 1969 (4), 50, n° 20, 2597-2600.

6- CHEVRET (R.) et CHENEBAULT (J.).- Résultats d'une série homogène de 182 observations pour carcinome bronchique.
Maroc Méd. 1959, 38, n° 409, 850-852.

7- DAMBIN (P.) et ECHAPASSE (H.).- Résultats du traitement chirurgical du cancer broncho-pulmonaire primitif.
Lyon Chir. 1958, 54, n° 1, 146-150.

8- DAUMET (Ph.).- Traitement chirurgical du cancer bronchique.primitif.
Rev. Méd. 1968, 9, 1029-1034.

9 - DOR (J.), CUTTOLI (de), et HUMBERT (P.).- Résultats du traitement chirurgical du cancer du poumon. LYON Chir. 1958, 54, n° 1, 139- 140

10- DOR (J.), et HUMBERT (P.).- Les résultats du traitement chirurgical du cancer du poumon. Marseille Méd. 1961, 98, n° 1, 57-64.

11- DUBOIS (A.) et VANDERHOEFT (P.).- Exérèse pulmonaire pour cancers bronchiques. Etude de la survie de 120 malades. Acta Chir. Belge, 1970, 69, n° 5, 337-347.

12- DUBOST (C.).- Traitement chirurgical du cancer du poumon. Indications thérapeutiques et résultats immédiats. Rev. Tub. et de Pneu. 1967, 31, n°5, 693-703.

13- DUBOST (C.).- Le traitement chirurgical du cancer du poumon. Méd. Interne, 1971, 6, 797-802.

14- DUBOST (C.), THOMERET (G.) et GRENIER (G.).- Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer du poumon. Rev. de Tub. et de Pneu. 1969, 33, n° 6, 731-750.

15- ERMISCH (K.).- Résultats sur cinq ans du traitement chirurugical du cancer bronchique en considération de la première constatation. Z. Erks. Atmungsorgane, 1970, 54, n° 4, 170-177.

16- FAUVET (J.).- Originalités des cancers bronchiques. Rev. Prat. 1973, 23, n° 28, 2543-2544.

17- FREOUR (P.), LAUMONIER (P.), SERISE (M.), COUDRAY (P.) et CHAUVEAU (M.).- Avenir des pneumonectomisés. Rev. de Tub. et de Pneu. 1961, 25, n° 4, 399-410.

18- FREOUR (P.), LAUMONIER (P.), COUDRAY (P.), COURAUD (L.) et BORDAS (J.).- Le cancer bronchique. J. Méd. Bordeaux, 1962, n° 6, 693-709.

19- FREOUR (P.), LAUMONIER (P.), CHOMY (M.), BERNADOU (M.); COURAUD (L.), TESSIER (J.F.) et de LINIERS (F.).- Le cancer bronchique primitif. Résultats à cinq ans minimum de 301 cas. Bordeaux Méd. 1974, n° 7, 1009-1020.

20- GUILLEMOT de LINIERS (F.).- Le destin des cancers bronchiques (Survie à 5 ans de 309 cas).
Thèse Méd. Bordeaux II, 1973, n° 234.

21- HOUEL (J.).- Résultats du traitement chirurgical du cancer du poumon.
Lyon Chir. 1958, 54, n° 1, 140-143.

22- HUMBERT (P.), REBOUD (E.) et de CUTTOLI (J.P.).- Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer du poumon.
Le Poumon et le Coeur, 1963, 19, n° 9, 1051-1058.

23- IRRMAN-RAPP (Ch.), MIECH (G.), MORAND (G.), WITZ (J.P.).- La chirurgie du cancer pulmonaire chez les malades âgés de plus de 65 ans.
Jour. Méd. Strasbourg, 1971, 2, n° 11, 961-965.

24- ISRAEL (L.), et CHAHINIAN (Ph.).- De l'impossibilité de guérir les cancers bronchiques par la chirurgie seule.
Presse Méd. 1969, 77, n° 11, 389-392.

25- JAUBERT de BEAUJEU (M.).- Résultats du traitement chirurgical du cancer hilaire du poumon. Document de la clinique du Pr. P. SANTY.
Lyon Chir. 1958, 54, n° 1, 69-78.

26- JAUBERT de BEAUJEU (M.), GIGNOUX (M.), et MIKAELOFF (P.).- Résultats du traitement chirurgical du cancer du poumon.
Lyon Chir. 1967, 63, n° 4, 520-535.

27- JOHN (L.), POOL (J.L.).- Survie dans le cancer du poumon. Efficacité de la chirurgie.
N.Y.St.J. Méd. 1971, n° 17, 71, 2045-2050.

28- KREYBERG (L.).- Types histologiques des tumeurs du poumon.
Un vol. 1967, O.M.S., édit; Genève.

29- KUPER SWA et BIGNALL (J.R.).- Survie après résection des cancers bronchiques.
Lancet, 1966, n° 7427, 10-11.

30- LAUMONIER (P.), FREOUR (P.), et COURAUD (L.).- Quelles sont les limites raisonnables du traitement chirurgical du cancer du poumon ?
J. Méd. Bordeaux 1961, n° 11, 1397-1409.

31- LEBRIGAND (H.), MERLIER (M.), ROJAS-MIRANDA (A.) et LEVASSEUR (P.).- Orientation du traitement médico-chirurgical du cancer broncho-pulmonaire.
Presse Méd. 1970, 78, n° 33, 1475-1480.

32- LE BRIGAND (H.) et coll.- Orientation du traitement di cancer broncho-pulmonaire primitif.
Thérapeutique 1972, 48, n° 4, 340.

33- LONGEFAIT (H.).- Résultats éloignés du cancer du poumon opéré.
Le Poumon et le Coeur 1963, 19, n° 9, 1059-1065.

34- MACMAMUS (J.E.), PAINE (J.R.), ANTHONE (R.) et ANDERSON (A.A.).- Résultats du traitement chirurgical du cancer primaire du poumon.
Surgery 1955, 37, n° 4, 560-566.

35- MASENTI (E.), MASSA (L.), MUSSO (M.), et BORASIO (P.).- Résultat du traitement chirurgical du cancer bronchique.
Minerva Chir. 1971, 26, n° 8, 400-406.

36- MERLIER (M.), LE BRIGAND (H.) et coll.- Les survies de cinq ans après exérèse pour cancer bronchique primitif.
Ann. Chir. THor. Cardiovasc. 1968, 7, n° 2, 465-467.

37- MERLIER (M.) et coll.- Survie à long terme après exérèse d'un cancer bronchique.
Mém. Acad. Chir. 1966, 92, n° 10/11, 330-336.

38- MERLIER (M.), LE BRIGAND (H.) et coll.- Possibilités actuelles chirurgicales dans les cancers broncho-pulmonaires primitifs.
Rev. Prat. 1973, 23, 1231.

39- NAEF (A.P.).- Survie de cinq à seize ans après résection pulmonaire pour cancer.
Méd. et Hyg. 1965, 23, n° 699, 778-780.

40- PAULSON (D.L.).- Les taux de survie après résection pour cancers bronchogéniques.
Ann. Surg. 1957, 146, n° 6, 997-1010.

41- PERSONNE (C.).- Résultats de la chirurgie des cancers broncho-pulmonaires.
Rev. Tub. 1962, 26, n° 12 bis, 101-110.

42- PIERON (R.).- Indications chirurgicale et bilan pré-opératoire dans le cancer bronchique.
Vie Méd. 1970, (1), n° 13, 1931-1939.

43- RAZEMON (P.) et MEIGNIE (P.).- Le traitement des cancers broncho-pulmonaires primitifs.
Lyon Chir. 1958, 54, n° 1, 143-145.

44- RICAUD (A.).- Valeur de la cytologie dans le diagnostic des cancers broncho-pulmonaires et pleuraux. (A propos de 314 cas).
Thèse Méd. Bordeaux II, 1974, n° 9.

45- ROUDAUT (A.).- Contribution à l'étude de l'épithélioma bronchique.
Thèse Méd. Bordeaux II, 1971, n° 243.

46- RUDLER (J.C.).- Le pronostic des cancers broncho-pulmonaires.
Bull. Acad. Méd. 1970, 154, n° 23, 583-588.

47- RULLIERE (R.).- Carcinomes bronchiques primitifs usuels.
Enc. Méd. CHir. 6022 A 10, Poumons 5.

48- SAUVAGE (R.) et coll.- Les résultats éloignés du traitement chirurgical des cancers bronchiques.
Le Poumon et le Coeur, 1963, 9, 1067-1083.

49- SMITH (R.A.).- Long term clinical following after operation for lung carcinoma.
Thorax. 1970, 25, n° 1, 62-76.

50- SMITH (R.A.).- Guérison du cancer du poumon par résection chirurgicale incomplète.
Brit. Med. J. 1971, 2, n° 5761, 563-565.

51- SULZER (J.), ROJAS-MIRANDA (A.), LEVASSEUR (Ph), LE BRIGAND (H.), et MERLIER (M.).- Résultats des pneumonectomies élargies pour cancer bronchiques primitifs de type épidermoïde.
Ann. Chir. Thor. Cardiovasc. 1971, 10, (4), 375-380.

52- THOMERET et DUBOTS.- Etude statistique des résultats à distance de 299 exérèses pour cancer du poumon.
Ann. Chir. Thor. Cardiovasc. 1970, 9, n° 4, 489-493.

53- TOTY (L.).- Possibilités techniques dans la chirurgie du cancer bronchique.
Vie Méd. 1963, 44, n° 10, 733-738.

54- TOURAINE (R.), DAVID (D.), FALCOZ (H.) et MAMELLE (N.).- Etude statistique de l'évolution des cancers bronchiques primitifs.
Le Poumon et le Coeur, 1973, 19, n° 6, 667-670.

55- WEISS (A.G.) OUDET (P.) et WITZ (J.P.).- Traitement du cancer bronchique. Résultats éloignés de l'exérèse associée ou non aux agents physiques.
Lyon Chir. 1958, 54, n° 1, 150-153.

EDITIONS BERGERET 71, rue Leyteire 33000 BORDEAUX
Tél. (56) 91.12.59